

Année
2025

Dossier d'inscription

VALENCIENNES UNIVERSITÉ CLUB

Section Vacances



Site internet :

www.vuc-omnisports.fr

Page Facebook :

“VUC Vacances”



CONTACT DE VOTRE ACCUEIL DE LOISIRS

Direction :

Madame Sophie DUSSART
Responsable du VUC Vacances

Valenciennes Université Club
Campus du Mont Houy
59300 VALENCIENNES
sophie.dussart@uphf.fr
03.27.51.12.46 ou 06.02.54.28.37

PERMANENCES POUR LES INSCRIPTIONS

Sur place et téléphoniques :

Les lundis, jeudis et vendredis
de 9h30 à 12h et de 13h à 15h30

Paiement :

Du lundi au vendredi
de 13h à 17h

ACCUEIL DE LOISIRS

Périodes de fonctionnement :

Hiver 2025 / Printemps 2025 / Été 2025 / Toussaint 2025

Horaires de fonctionnement :

du lundi au vendredi (hors jour férié) de 9h00 à 17h00
Possibilité de garderie de 8h à 9h et de 17h à 18h

Documents à fournir

- Dossier d'inscription complété,
- Fiche sanitaire,
- Sortie de territoire avec la copie de la Carte d'identité, du parent signataire, valable pour toute l'année 2025,
- Photocopie du carnet des vaccinations,
- Dernier avis d'imposition (tranche 1 ou 2),
-
- **Si séparation de parents** : copie du jugement de séparation ou de divorce,
- **Si PAI*** : Documents avec médicaments identifiés au nom de l'enfant.

Tarifs des inscriptions VUC Vacances

Tarifs applicables du 01/01/2025 au 31/12/2025



Quotient familial	<u>1ère tranche</u> Inf. à 10 000 €	<u>2ème tranche</u> [10 001 € et 15 000 €]	<u>3ème tranche</u> Sup. à 15 001 €
Prix / enfant / Semaine	120,00 €	130,00 €	135,00 €



Comment calculer ma tranche :

Quotient familial = Revenu net imposable / nombre de parts fiscales

Dernier avis d'imposition du foyer :

Les tranches 1 et 2 se justifient par la présentation du dernier avis d'imposition à l'inscription.

Cotisation d'adhésion au club : 15 € / An / Personnes.

Les enfants inscrits dans d'autres sections sportives du VUC sont exonérés de cette adhésion.

Garderie 20€ / semaine :

.Une garderie de 8h à 9h et de 17h à 18h est proposée aux familles.
Les inscriptions se feront sur la base d'un tarif unique.

Les modes de paiements acceptés :

- Les chèques vacances,
- Les chèques bancaires,
- La Carte Bancaire,
- Les espèces.

Vous avez également la possibilité de régler votre inscription en plusieurs fois si vous le souhaitez.

Bon à savoir pour les enfants de 3 à 5 ans :

Droit au Crédit d'impôt

Le crédit s'applique quand l'enfant est confié à une structure comme un accueil de loisirs. En chiffres, le crédit d'impôt est plafonné à 50% du montant des dépenses engagées dans une limite de 2 300 euros annuels.



Dossier d'inscription,
Vaccinations,
Fiche sanitaire,
Sortie de territoire,
Copie CI du parent,
Avis d'imposition 24
si QF 1 ou 2,
PAI

Votre enfant



Photo

Nom : Prénom : Age : ans

Sexe : Féminin / Masculin

Date de naissance : Lieu de naissance :

N° sécurité sociale de l'enfant :

Enfant de personnel UPHF / INSA Haut de France : Oui / Non

Mon enfant perçoit il l'AEEH ? Oui / Non / En cours

Mon enfant à un PAI (si oui fournir attestation) : Oui / Non

Régime alimentaire de l'enfant : Sans viande / Classique / Végétarien

Sa famille

Situation familiale : Célibataire / Marié(e) / Divorcé(e)

Autre :

	Père	Mère	Autre
Numéro de Téléphone Personnel			
Numéro de Téléphone Professionnel			

Adresse mail des parents : @

Personnes autorisées à reprendre l'enfant et à être contactées en cas d'urgence

Nom et prénom	Lien de parenté	Téléphone

J'autorise mon enfant à repartir seul : Oui / Non

DROIT A L'IMAGE

J'autorise Je n'autorise pas

Le centre du VUC Vacances à prendre et à utiliser les photos de mon enfant afin d'éventuellement les diffuser sur sa page Facebook "VUC Vacances".

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Copie du carnet de santé "vaccinations"

Votre enfant porte t'il des lunettes ? Oui / Non

des prothèses dentaires ? Oui / Non

des Prothèses auditives ? Oui / Non

Votre enfant suit-il un traitement ? Oui / Non

Si oui, lequel :

Votre enfant présente t-il des allergies connues ? Oui / Non

Si oui, lesquelles :

Médecin traitant :

Téléphone :

Merci de remplir et de joindre la fiche sanitaire de liaison

**FICHE SANITAIRE
DE LIAISON**

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ;
ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

2 - **VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? oui non

Si oui joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (*boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice*)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	VARICELLE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	ANGINE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	SCARLATINE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	OTITE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	OREILLONS oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non
ALIMENTAIRES oui non AUTRES _____

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE.**)

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...PRÉCISEZ.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?

NON

OCCASIONNELLEMENT

OUI

S'IL S'AGIT DUNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ?

NON

OUI

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) _____

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

Père : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) _____

Je soussigné(e), _____ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

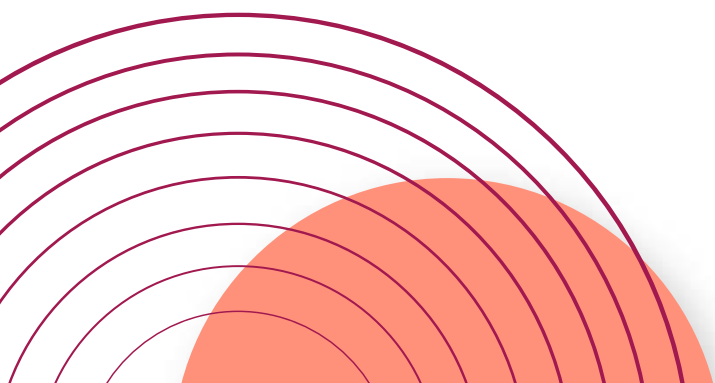
N° de sécurité sociale : _____

Date :

Signature :

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES
COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES**

OBSERVATIONS





AUTORISATIONS PARENTALES GLOBALES

*Merci de lire, de dater et de signer chaque autorisation.
Autorisation renouvelée par tacite reconduction d'une année sur l'autre.*

NOM DE L'ENFANT :

NOM DU RESPONSABLE LEGAL :

Je soussigné (e) avoir pris connaissance des points ci dessous :

- **AUTORISATION D'HOSPITALISATION**

Je donne pouvoir à Mme, Mlle, Mr la/le Responsable du Centre, ou à défaut son Adjoint, en cas d'impossibilité de me joindre, de faire pratiquer des examens médicaux et/ou de faire hospitaliser mon enfant en cas d'urgence.

A....., le

Signature

- **AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE**

En cas d'impossibilité de me joindre, j'autorise les soins hospitaliers et si besoin, l'anesthésie de mon enfant au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie à évolution rapide, il aurait à subir une intervention chirurgicale.

A....., le

Signature

